

PERFORMANCE DES ORGANISATIONS TRANSVERSALES HOSPITALIERES : PROPOSITION D'UN OUTIL D'EVALUATION DU CAPITAL IMMATERIEL DES EQUIPES MOBILES DE GERIATRIE

Marie-Annick MONTALAN, Béatrice VINCENT

Maîtres de Conférences en sciences de gestion, Laboratoire Gestion et Cognition (EA 2043),
Université Paul Sabatier, UFR MIG, Département Gestion, 118 Route de Narbonne, 31062
Toulouse Cedex 9,

montalan@cict.fr, bvincent@cict.fr

Résumé : Cet article propose un outil d'évaluation du capital immatériel (CI) d'organisations hospitalières singulières, les équipes mobiles de gériatrie (EMG). Les résultats présentés sont issus d'une recherche intervention effectuée auprès des 14 EMG, d'hôpitaux et d'institutions médico-sociales de la région Midi-Pyrénées. Elle a abouti à la proposition d'un tableau de bord prospectif enrichissant l'axe apprentissage organisationnel du Balanced Scorecard utilisé par les équipes grâce à la prise en compte de la valeur intrinsèque du CI. Ce tableau de bord intègre également l'apport des dimensions capital relationnel et capital organisationnel aux axes clients (appelants) et processus internes.

Mots clés : Tableau de bord prospectif, Capital immatériel, Performance, Equipes Mobiles de Gériatrie.

Abstract: This article provides a tool for the evaluation of the intangible capital (IC) of particular hospital organizations, the Mobile Geriatrics Teams (MGTs). The findings draw on action research involving the 14 MGTs as well as some hospitals and health and social care institutions in the Midi-Pyrénées region. The new prospective Balanced Scorecard widens the organisational learning scope of the traditional balanced scorecards as it includes the core value of IC. This scorecard also includes the benefits brought by the relational and organizational capitals to customers (callers) and internal processes.

Key words: Balanced Scorecard, Performance, Intangible Capital, Mobile Geriatrics Teams.

Au cours des années 2000, le législateur a affirmé sa volonté d'améliorer l'efficacité des politiques de santé et l'efficience du système de santé publique en mettant en place, à travers plusieurs réformes, un pilotage responsabilisé des organisations de santé (gestion conjointe de politiques de santé, organisation des soins, maîtrise des dépenses), dans un contexte de territorialisation des soins. Cette volonté politique a été définitivement consacrée par la loi HPST caractérisée par trois grands domaines d'innovation : la création des agences régionales de santé, le renforcement considérable, pour les hôpitaux publics, des pouvoirs du directeur d'établissement et, enfin, la mise en place de nouvelles formes de coopération entre tous les acteurs de santé.

Confrontées à cet environnement changeant et à une raréfaction des ressources, les

organisations de santé publique, sont de plus en plus préoccupées par des problèmes de performance (Moisdon, Tonneau, 2000). Elles ont été ainsi conduites à se doter de programmes d'actions stratégiques et à développer des outils de conduite et d'évaluation de ces actions.

Relève de cette démarche la mise en place, au cours des dix dernières années, de dispositifs organisationnels transversaux, à l'échelon du territoire de santé, les réseaux de santé, ou à l'échelon de l'hôpital, les « équipes mobiles ». Ces organisations atypiques dans le secteur de la santé ont d'abord été considérées comme des « expériences organisationnelles » (Rousseau, Bastianelli, 2005) mais elles dépassent aujourd'hui le stade expérimental et sont confrontées au problème de justifier leur existence en prouvant leur performance.

Cet article a pour objectif de répondre à ce problème d'évaluation de la performance d'une organisation hospitalière transversale particulière, l'équipe mobile de gériatrie (EMG) en proposant un outil qui prenne en compte ses spécificités. La mission d'une EMG est, en effet, l'amélioration de la prise en charge globale (médicale, sanitaire et sociale) de la personne âgée fragile. Une circulaire de la DHOS¹ lui assigne des missions précises d'évaluation gériatrique, d'orientation de la personne âgée et de diffusion de la culture gériatrique. Ses processus d'activité (dans le conseil, l'expertise) sont donc atypiques à l'hôpital car ils ne sont pas centrés sur le soin et ils mettent l'équipe en relation avec un grand nombre de parties prenantes au sein de l'hôpital et à l'extérieur. Ils reposent sur des composantes immatérielles de la performance non prises en compte par les systèmes d'évaluation traditionnels.

Nous présenterons tout d'abord le contexte d'étude, celui du pilotage des EMG. Cela nous conduira à exposer les spécificités de cet objet d'étude en matière de performance justifiant notre problématique : comment prendre en compte la valeur du capital immatériel de ces équipes hospitalières ? La deuxième partie de l'article relatera la méthodologie de recherche-intervention conduite auprès des EMG de la région Midi-Pyrénées. Nous présenterons enfin l'outil d'évaluation proposé.

1 Le contexte : le BSC, un outil pour piloter la performance des EMG

L'EMG est un dispositif hospitalier particulier car pluridisciplinaire : l'équipe est composée de professionnels médicaux et non médicaux (médecin gériatre, infirmière, secrétaire, et selon les équipes, assistante sociale, ergothérapeute, psychologue, ...), permettant de dispenser un avis gériatrique nécessaire à la bonne prise en charge globale des personnes âgées fragiles. Les équipes interviennent dans les services de l'hôpital et chez les partenaires extra-hospitaliers qui font appel à elles. La mobilité des équipes constitue ainsi leur deuxième caractéristique. L'EMG doit contribuer à l'amélioration de la prise en charge gériatrique en assurant des missions d'évaluation et d'orientation de la personne âgée au sein de la filière² et en diffusant la culture gériatrique sur son territoire de santé. La troisième caractéristique des équipes est inhérente à leur rôle de conseil et d'expertise auprès de nombreuses parties

¹Direction de l'Hospitalisation et de l'Organisation des Soins, remplacée en 2010 par la direction générale de l'offre de soins (DGOS)

²Une filière gériatrique doit s'entendre comme le dispositif de soins couvrant l'intégralité des parcours possibles de la personne âgée prenant en compte le caractère évolutif de ses besoins de santé.

prenantes, au sein de l'hôpital et à l'extérieur. Cinq catégories de parties prenantes peuvent être distinguées : les patients et leurs aidants, les services hospitaliers (services de spécialité : chirurgie, pneumologie, urgences, ...) et les partenaires extérieurs faisant appel à l'EMG (EHPAD³, CLIC⁴, UTAMS⁵, médecins de ville, réseaux de santé), les partenaires qui assurent la prise en charge des patients en aval de l'intervention de l'EMG (longs séjours gériatriques, Soins de Suite et de Réadaptation, ...), l'administration hospitalière et les tutelles territoriales (DRASS, ARH⁶).

Nous avons effectué, de 2008 à 2010, un travail de type recherche-intervention avec les 14 EMG de Midi-Pyrénées dans le cadre d'un contrat avec la Haute Autorité de Santé dont l'objectif était de définir un tableau de bord (TB) de pilotage pour les équipes mobiles et de reporting à destination des autorités de tutelle. Pour répondre à cette mission, nous avons retenu le modèle du Balanced Scorecard (BSC) (Kaplan, Norton, 1996) qui est souvent préconisé dans le secteur hospitalier (Faujour, Marian, 2003, Nobre, 2001, Inamdar, Kaplan, Bower, 2002) car il donne une vision plus complète des activités de soins que celle qui est fournie par les états financiers (Aymard-Martinot et *al.*, 2002). Notre investigation empirique s'est déroulée sur les deux ans et s'est appuyée sur des techniques croisées de recueil de données : 67 entretiens réalisés auprès de 4 EMG et de leurs parties prenantes, 2 séries d'observations non participantes de 15 jours chacune, 2 groupes de travail réunissant l'ensemble des membres des 14, puis 15 EMG de Midi-Pyrénées (à Cahors, le 25 novembre 2008, 28 participants, et à Toulouse, le 10 février 2010, 65 participants) et l'analyse des rapports d'activités de 5 EMG pour la période de 2006 à 2009.

Le résultat de cette recherche-intervention a été un modèle de TB multidimensionnel composé de 4 axes adaptés du BSC (Montalan, Vincent, 2011) Nous avons défini un axe appelants, qui constitue une adaptation terminologique de l'axe clients (certaines EMG étudiées rejetant formellement le terme de client pour retenir un vocable plus conforme à la culture soignante), un axe processus internes, un axe apprentissage organisationnel et un axe économique, qui est une adaptation de l'axe financier (la satisfaction des tutelles correspondant à une bonne utilisation des ressources allouées). Sur chacun de ces axes ont été définis, à partir de l'analyse des entretiens réalisés avec les membres des EMG, leurs partenaires et les tutelles, des objectifs opérationnels, les variables d'action clés qui leur sont associés et les indicateurs de mesure de performance (*cf.* tableau 1). Par exemple, sur l'axe processus internes, les objectifs opérationnels, issus des entretiens, portent sur l'optimisation des processus mis en œuvre par les équipes. Ces processus, à savoir l'évaluation gériatrique des patients, leur orientation et la formation des personnels médicaux et non médicaux des organisations, sont évalués en termes de qualité de l'expertise et des conseils donnés, de délais d'intervention et de suivi des dossiers. La variable d'action clé est l'activité de l'équipe qui peut être évaluée par des indicateurs de moyens, tels que le nombre d'appels reçus par service et partenaire externe ou les délais de réponse par service, et par un indicateur de résultat synthétique qui est le taux de suivi des préconisations.

³ Etablissement d'Hébergement de Personnes Agées Dépendantes.

⁴ Centre Local d'Information et de Coordination : structure sociale départementale qui sert de lieu d'accueil et d'information pour les personnes âgées et leur entourage

⁵ Unités Territoriales d'Action Médico-Sociale.

⁶ Les ARH (Agences Régionales de l'Hospitalisation), mises en place par l'ordonnance du 24 avril 1996, ont été transformées en ARS (Agence Régionale de Santé) par la loi HPST du 21 juillet 2009.

| Axes de la performance | Objectifs opérationnels | Variables clés | Indicateurs |
|-------------------------------|---|--|---|
| Economique | Optimiser la consommation de ressources par les différentes activités. | Temps | <ul style="list-style-type: none"> - Temps par activité. - Temps par professionnel. - Temps par service appelant. - Temps par type de patient. |
| Processus internes | Optimiser la qualité des activités, les délais de réponse aux appelants, le suivi. | Activité | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appels par service et partenaire externe. - Nombre d'heures de formation réalisées. - Nombre d'interventions par nature. - Délai de réponse par service et partenaire externe. - Taux de suivi des préconisations. |
| Partenaires | Optimiser la satisfaction des services et partenaires externes, optimiser le bénéfice patient/aidant. | Organisation et fonctionnement de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> - % d'interventions dans les délais négociés. - Délai Moyen de Séjour des patients vus par l'EMG dans les services. - % de dossiers suivis à 1 mois. |
| Apprentissage organisationnel | Optimiser le capital immatériel | Compétences et connaissances de l'équipe | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'heures de formation reçues par professionnel. - Ancienneté moyenne en gériatrie par type de professionnel. - Taux de courriers de synthèse envoyés dans les délais. |

Tableau 1 : mesure de la performance des EMG par le BSC

Ce TB a été validé par les EMG de Midi-Pyrénées, en avril 2010, lors d'une réunion du groupe de travail réunissant l'ensemble des équipes (65 participants). Ce groupe de travail a souligné que le TB répond aux besoins de pilotage des ressources et activités des équipes mais « *on ne voit pas la valeur des services rendus et des conseils apportés* ». Le TB ne comporte pas, en effet, d'indicateurs mesurant la valeur de leur expertise dans le domaine de la gériatrie et du social. Or, cette expertise crée de la valeur pour chacune des parties prenantes. Au malade et aux acteurs de la filière gériatrique, les EMG apportent une meilleure orientation dans la filière grâce à l'expertise gériatrique des membres de l'équipe et à leur connaissance pointue de l'ensemble des acteurs médicaux et sociaux sur leur territoire de santé. Pour les services et partenaires externes demandeurs, il s'agit de trouver une aide, voire une solution, face à une situation difficile et parfois urgente. Pour cela, ils font appel à l'expertise tant médicale, que psychologique ou sociale de l'équipe pour intervenir sur des cas patients ou pour assurer des formations ou des informations aux personnels. Quant à l'hôpital et aux tutelles, ils acquièrent, par l'intermédiaire de l'EMG, une meilleure connaissance du fonctionnement de la filière gériatrique et de la circulation du patient âgé au sein de sa structure.

Il ressort ainsi que l'expertise et la connaissance sont à la base de la performance des EMG, elles légitiment donc leur existence et leur action à l'hôpital et au sein du territoire de santé. D'où notre questionnement : comment prendre en compte la valeur générée par le CI de ces équipes ?

2 Une démarche de recherche-intervention pour définir les composantes du CI des EMG

Le travail de recherche présenté ici est une poursuite du travail de co-construction du tableau de bord réalisé avec les parties prenantes à l'activité des EMG dans le cadre du contrat de recherche HAS-CNSA. La démarche adoptée est celle d'une recherche-intervention qui mobilise un cadre théorique nouveau, celui du CI et utilise le riche matériau recueilli dans le cadre des 67 entretiens qualitatifs menés de 2008 à 2010 auprès des différentes équipes et de leurs parties prenantes. La méthodologie de recherche-intervention, par son caractère longitudinal et collaboratif (Cappelletti, 2010), répond à notre objectif de comprendre en profondeur le fonctionnement d'un système, de choisir avec lui les voies de son évolution et de l'aider à piloter le changement (David, 1998). La recherche-intervention laisse une place centrale à la conception de l'outil qui s'intègre pleinement dans le processus d'interaction chercheurs acteurs (Moisdon, 1997, Grimand et *al.*, 2006).

Le dispositif de recherche-intervention, mis en œuvre pour élaborer un outil d'évaluation du CI des équipes mobiles de gériatrie de MP, comporte deux phases, l'une de co-construction de l'outil, l'autre de validation (*cf.* annexe). La phase d'élaboration du TB s'est déroulée en 3 étapes consistant en des allers-retours entre le cadre théorique et le terrain. Nous avons, tout d'abord, réalisé l'inventaire des composantes du CI des EMG, puis nous avons étudié les modèles d'évaluation afin de rechercher les modalités de leur transfert au problème de mesure de la valeur du CI des EMG. Enfin, nous avons co-défini, avec les parties prenantes l'outil d'évaluation qui sera présenté dans la troisième partie.

2.1 Inventaire des composantes du CI des EMG

Le CI présente différents aspects, de nombreux termes sont employés pour le qualifier (Bessieux-Ollier, Walliser, 2010) : actif vs capital, intellectuel, incorporel, intangible vs immatériel. C'est, en effet, une notion polysémique qui est abordée à partir de plusieurs approches (économique, sociologique, ...) dont bien sûr des approches gestionnaires, selon lesquelles le CI représente les richesses cachées d'une organisation (Lacroix, Zambon, 2002). Il renvoie à la capacité d'une organisation à créer de la valeur à partir de son stock de connaissances (Poincelot, Wegmann, 2005).

Il existe plusieurs modèles d'analyse de ce CI (Edvinsson, Malone, 1997, Stewart, 1997, Sveiby, 1997). On retrouve dans ces modèles trois composantes principales (même si ces composantes se déclinent un peu différemment selon les auteurs) : les capitaux humain, organisationnel et relationnel.

Le capital humain (CH) recouvre les connaissances tacites, les compétences individuelles, les

expériences des membres de l'organisation, attitudes et capacités d'innovation et d'apprentissage (Nonaka, Takeuchi, 1997). Le capital organisationnel (CO) comprend des actifs tangibles mais surtout intangibles, c'est-à-dire toutes les connaissances explicites produites par l'organisation, les éléments de propriété intellectuelle (brevets, licences ...), les processus et procédures formalisés. Le capital relationnel (CR) recouvre des actifs intangibles, à savoir les éléments de mise en relation de l'organisation avec ses partenaires externes, lui permettant d'assurer le recueil et la diffusion de la connaissance de et vers l'extérieur. Edvinsson et Sullivan (1996) regroupent ces deux dernières dimensions autour du concept de capital structurel qui correspond à l'utilisation du savoir et de l'information, à leur diffusion au niveau interne et externe. Certaines études se centrent sur la composante humaine du CI (Gates, Langevin, 2010). Les spécificités des équipes transversales (pluridisciplinarité, mobilité, expertise) nous ont conduits à retenir pour notre étude les 3 composantes du CI (CH, CO, CR) afin de mettre en valeur la dimension organisationnelle, essentielle pour une structure transversale, ainsi que la dimension relationnelle très forte qui les lie à leurs partenaires (les équipes n'interviennent que sur appel de ces derniers).

Notre investigation empirique s'est appuyée sur les 67 entretiens réalisés en 3 vagues (2008/2009) lors de la précédente étape de recherche. Une analyse syntaxique (réurrence des termes employés) et sémantique du contenu de ces entretiens à partir du modèle théorique du CI sélectionné (en 3 composantes) nous a permis de reprendre ces entretiens et de mettre en évidence les composantes essentielles du CI d'une EMG présentées dans le tableau 2.

| Capital Humain | Capital Organisationnel | Capital Relationnel |
|---|--|---|
| Connaissances gériatriques <ul style="list-style-type: none"> - médicales et sanitaires : sur les pathologies liées à l'âge, les médicaments, l'alimentation, ... - médico-sociales : sur les besoins et les aides disponibles, sur les dispositifs territoriaux, - organisationnelles : sur les services internes/externes, fonctionnement, compétences en amont et en aval. Compétences <ul style="list-style-type: none"> - relationnelles : savoir communiquer, écouter et recueillir la connaissance, - pédagogiques : savoir expliquer et transmettre des connaissances gériatriques, - sociales : savoir travailler en équipe. | Capital commun à l'hôpital <ul style="list-style-type: none"> - système d'information et le Département d'Information Médicale (DIM), - locaux et moyens matériels. Capital propre à l'EMG <ul style="list-style-type: none"> - procédures formalisées d'évaluation (grilles d'évaluation et tests⁷), - procédures d'appel et d'intervention, - documents spécifiques pour la prise en charge et le suivi des personnes âgées. | Relations avec la filière gériatrique <ul style="list-style-type: none"> - connaissances formelles sur les organismes (leur champ d'intervention, leurs attributions, les personnes contacts, ...), - notoriété et reconnaissance de la légitimité de l'EMG. Relations avec les services et partenaires externes en amont <ul style="list-style-type: none"> - connaissances formelles sur les services, - notoriété, reconnaissance de la légitimité et de la compétence de l'EMG. |

Tableau 2 : les composantes du CI des EMG

Le capital humain spécifique de l'EMG est composé de connaissances gériatriques sur les

⁷Batterie de tests élaborés pour évaluer l'état cognitif et le degré d'autonomie d'une personne âgée : le test de l'horloge, le test des cinq mots de Dubois, l'échelle GDS simplifiée, l'échelle MNA simplifiée, le test de Tinetti, l'échelle ADL, l'échelle IADL

pathologies et les adaptations thérapeutiques spécifiques aux personnes âgées, sur le médico-social (sur les aides et les prises en charge) et sur l'organisation des filières ainsi que de compétences spécifiques au rôle d'expert et de conseil que jouent les membres des équipes ; il s'agit de compétences pédagogiques, relationnelles et sociales.

Le capital organisationnel est en partie commun à l'hôpital (cela concerne le système d'information et la Direction de l'Information Médicale) et en partie propre à l'EMG (procédures et documents spécifiques formalisés par les équipes)⁸.

Le capital relationnel constitue la clé de voûte de l'action de l'EMG car elles interviennent à la demande de leurs partenaires (services hospitaliers ou structures extra-hospitalières) auprès de leurs patients. Il se décline en connaissances et notoriété au sein de la filière gériatrique, en aval, et auprès des services et partenaires appelants, en amont. Ce capital relationnel repose sur la connaissance explicite des partenaires et sur la notoriété de l'équipe auprès de ceux-ci. La connaissance des partenaires permet d'adapter l'activité de l'équipe aux besoins des services demandeurs.

2.2 Evaluation du CI

L'évaluation du CI est problématique quel que soit l'angle d'approche des éléments immatériels qui le composent. Pierrat (2009, p 913) en distingue deux, l'approche par les investissements (dépenses) et l'approche par la valeur générée.

En ce qui concerne les investissements, le CI peut être généré sans aucune dépense ou à partir de dépenses réalisées sur d'autres actifs. Ainsi, dans le cas des EMG, la valeur de la connaissance gériatrique produite dépend de dépenses en temps de personnel (temps auprès des services, temps de formation, temps de recherche d'informations, temps de déplacement), de dépenses en frais de déplacements et de communication. En effet, la connaissance se produit dans l'activité d'évaluation ou d'orientation et dans le contact avec les professionnels du monde socio-médical.

Le problème de mesure de la valeur générée par le CI peut être abordé à partir d'approches quantitatives ou qualitatives. Dans les deux cas elle ne peut se mesurer directement, mais elle se mesure soit en externe, sur le comportement des partenaires (fidélité, notoriété d'une marque, satisfaction), soit en interne sur la qualité des processus. Les approches quantitatives ne mesurent pas l'influence de la valeur générée en interne par le CI sur l'efficacité générale de l'organisation (amélioration des processus, de la qualité, ...), c'est pourquoi elles ne répondent pas aux besoins de pilotage des EMG (Montalan, Vincent, 2010).

L'approche qualitative propose de nouvelles méthodes pour évaluer la performance liée au capital immatériel et en faciliter le pilotage. Les approches les plus connues sont celles du

⁸ Ce capital organisationnel est un des points faibles des EMG, en effet, leur financement ne s'effectuant pas selon une logique de tarification à l'activité (T2A introduite dans les organisations hospitalières en 2005), leurs actes ne sont pas saisis par le système d'information hospitalier. N'étant pas, par ailleurs, directement responsables des patients, elles n'ont que difficilement accès au dossier patient et aux informations médicales qu'il contient. De ce fait, les équipes ont développé un système d'information parallèle (informatisé ou pas) dans lequel sont saisies des informations médicales, sociales, cognitives, sanitaires, issues de l'évaluation globale réalisée mais aussi de toutes les recherches d'informations sur les conditions de vie du patient en dehors de l'hôpital..

BSC (Kaplan, Norton, 1996) et l'approche scandinave qui a abouti à l'élaboration du navigateur Skandia (Edvinsson, Malone, 1997) à partir de concepts proposés par Sveiby (1997) et en intégrant certaines idées du BSC (Kaplan, Norton, 2007). Ces tableaux de bord permettent d'explicitier la performance en se basant sur des indicateurs financiers et non financiers. Ces indicateurs sont construits en fonction d'objectifs stratégiques fixés par l'organisation. La fixation de ces objectifs se fait selon deux perspectives différentes (Mouritsen, Larsen, Bukh, 2005) : la valeur est créée par le client (approche BSC), la valeur provient des capacités et compétences dont dispose l'organisation (approche navigateur). Ainsi, dans le navigateur Skandia une place prépondérante est-elle accordée aux indicateurs du capital humain, qui constitue le générateur principal de valeur (Wegmann, 2000). Quant au BSC, « il ne sert qu'indirectement à l'évaluation des incorporels du CI » (Bessieux-Ollier, Lacroix, Walliser, 2006, p 41), la dimension CH joue tout de même un rôle central dans la dynamique de la performance, elle est évaluée au niveau de l'axe apprentissage organisationnel. En revanche, les autres dimensions CO, CR ne sont pas intégrées explicitement au BSC.

L'enjeu de notre recherche est alors de questionner le « mythe rationnel » (Plane, 2000) mobilisé dans le contrat HAS de départ, selon lequel le BSC répond aux besoins d'évaluation de la performance d'équipes hospitalières transversales, et de permettre l'intégration des dimensions CH, CO et CR dans le tableau de bord proposé. Nous suivons, en cela, une démarche semblable à celle adoptée dans le navigateur Skandia. Ce questionnement est issu de la validation du TB par le terrain qui a permis la production de connaissances nouvelles sur les acteurs et sur l'outil. En effet, l'accompagnement, dans le cadre d'une conduite du changement, de la mise en œuvre du TB des équipes mobiles de gériatrie de Midi-Pyrénées a permis de recueillir les réactions des membres de ces équipes et de leurs partenaires. Ce recueil a pris la forme d'entretiens ainsi que d'un retour d'expérience sur les difficultés rencontrées et les ajustements de l'outil et de l'organisation effectués. Les limites soulignées montrent que l'activité de diffusion de la culture gériatrique par les équipes est insuffisamment prise en compte dans le TB qui laisse une large part aux activités d'évaluation gériatrique et d'orientation des patients âgés.

Nous avons, pour ce faire, mobilisé deux principales approches pour intégrer l'évaluation du CI au TB. Les informations recueillies ont permis, en effet, de définir pour chaque composante du CI des EMG l'impact qu'elle a sur les dimensions de la performance mesurées par le TB proposé. Elles ont également permis de déterminer les mécanismes intrinsèques de création de valeur par le CI.

2.2.1 Apport du CI aux différentes dimensions de la performance issues du BSC

Cette première approche étudie la valeur du CI, de façon indirecte, en mesurant ce qu'il apporte aux quatre dimensions de la performance du BSC élaboré dans le cadre du contrat HAS.

Les entretiens réalisés nous ont permis de déterminer que chaque composante du CI impacte plus spécifiquement un axe de ce TB :

- le capital relationnel est lié à l'axe appelants, la qualité du réseau social des membres

de l'EMG augmente, en effet, la notoriété de l'équipe et la satisfaction des attentes des partenaires (taux de notoriété, adaptation du délai de réponse) : *« j'ai gardé de bonnes relations avec mes anciennes collègues dans les services, c'est pour ça qu'elles font appel à l'équipe ... ça me permet de mieux connaître leurs problèmes et de donc de mieux les aider ... »*,

- le capital organisationnel est en relation avec l'axe processus internes, les procédures formalisées et l'accès aux informations sur les patients améliorent la qualité des expertises et des avis : *« au début, on perd beaucoup de temps à rechercher l'information sur les patients car l'EMG n'a pas accès chez nous au dossier patient informatisé »*,
- le capital humain est en relation avec l'axe apprentissage organisationnel, le pool de connaissances / compétences lié à la composition de l'équipe influence la capacité de celle-ci à diffuser la culture gériatrique : *« je suis beaucoup de formations car notre rôle est délicat car on a le savoir-faire et il faut le transmettre dans les services, on ne peut pas intervenir si on n'a pas le savoir ça nous donne une légitimité dans les services »*.

Les répercussions sur l'axe économique sont indirectes ; la consommation de ressources temps est améliorée par l'optimisation des processus eux-mêmes améliorés par la satisfaction des appelants entraînant un développement de l'activité des équipes et de leurs compétences.

2.2.2 Mécanismes intrinsèques de création de valeur du CI

Le second niveau d'évaluation est celui de la valeur intrinsèque du CI. Celle-ci représente la capacité de l'organisation à développer et à diffuser ses connaissances et compétences. Elle se mesure sur l'axe apprentissage organisationnel. La mesure de cette valeur suppose donc d'étudier les mécanismes de développement des connaissances, à savoir les mécanismes d'apprentissage. En nous appuyant sur le modèle de Nonaka et Takeuchi (1997), l'analyse des entretiens nous a permis de mettre en évidence trois mécanismes d'apprentissage permettant le développement du CI des EMG.

Le premier mécanisme est la formalisation, c'est-à-dire le passage de connaissances tacites à des connaissances explicites (CH à CO). Cette formalisation se fait par la rédaction de rapports d'études, par exemple sur l'usage des médicaments par des personnes âgées souffrant de troubles cognitifs, ou par la participation à des EPP (Evaluation des Pratiques Professionnelles) dans les services.

Le deuxième mécanisme est la socialisation, c'est-à-dire la diffusion et l'échange de connaissances tacites ou explicites (passage de CH/CO à CR) par la formation ou plus simplement par l'accompagnement des pratiques des personnels des services appelants. Des conseils peuvent ainsi être donnés sur les problèmes nutritionnels, sur la déshydratation ou sur la contention des personnes souffrant de troubles du comportement. Cette socialisation permet d'accroître les connaissances et compétences des personnels soignants des services appelants.

Le troisième mécanisme est l'intériorisation, c'est-à-dire l'appropriation de connaissances explicites par les individus. On constate ainsi, dans les EMG, le développement de compétences transversales : les médecins et les infirmières développent des connaissances dans le domaine du social et le personnel non médical s'approprie des connaissances

gériatriques. Ce mécanisme d'intériorisation permet à chacun de modifier ses connaissances et ses compétences et d'adapter ses pratiques.

Ces deux niveaux d'évaluation du CI ont été utilisés pour définir de nouveaux indicateurs qui sont venus compléter le précédent TB, nous permettant de proposer un nouvel outil d'évaluation de la performance des EMG intégrant la valeur de leur CI.

3 Un outil d'évaluation de la performance du CI des EMG

La mise en évidence de liens entre les composantes du CI et les axes de la performance, au travers des entretiens réalisés, nous a permis d'affiner la définition d'indicateurs pertinents sur chacun des axes du TB. Le CI est à la fois un levier d'action pour améliorer la performance et le résultat de toutes les activités de l'EMG. Nous avons donc élaboré des indicateurs prenant en compte les composantes du CI (CH, CO et CR) pour évaluer les EMG au niveau de la qualité de leur processus internes, de la satisfaction de leurs partenaires (intra et extra hospitaliers) et au niveau des connaissances et compétences développées (*cf.* tableau 2).

Ainsi, le capital relationnel, dont nous avons mis en évidence qu'il impacte la performance au niveau de l'axe appelants, permet d'introduire dans l'évaluation de la performance des EMG, la prise en compte de toutes les actions engagées pour créer de nouvelles relations (diffusion de supports de communication), pour renforcer les liens existants (actions de sensibilisation auprès des personnels soignants des services, échanges d'informations et de connaissances avec les partenaires) et pour ouvrir l'EMG aux personnes engagées dans la prise en charge des personnes âgées en dehors des structures de soins (appartenance des personnels à des réseaux associatifs). Le capital organisationnel, lié à l'axe processus internes, permet la prise en compte au niveau de cet axe de tous les efforts de formalisation et de développement des systèmes d'informations qui ont été engagés par les équipes dans le cadre de leurs activités d'évaluation (existence de documents d'évaluation formalisés et adaptés au contexte et aux besoins) et d'orientation (existence et nombre d'informations formalisées sur la filière gériatrique). Le capital humain est en lien avec l'axe apprentissage organisationnel, il permet d'intégrer la prise en compte des spécificités de ce capital (par exemple, l'ancienneté dans la filière gériatrique des membres de l'EMG) dans l'évaluation des compétences disponibles dans l'équipe.

Au-delà de la recherche d'indicateurs permettant d'évaluer l'apport du CI aux axes de la performance, nous avons recherché des indicateurs mesurant la valeur intrinsèque de ce CI. La mise en évidence du mécanisme de formalisation nous a, ainsi, amené à définir de nouveaux indicateurs à mettre en place afin d'évaluer la capacité de l'équipe à formaliser des connaissances : nombre de participations à des EPP, nombre de rapports internes sur les personnes âgées. Le mécanisme de socialisation a conduit à la définition d'indicateurs permettant d'évaluer la capacité de l'équipe à diffuser des connaissances tacites et à établir des contacts : nombre d'actions de sensibilisation, nombre de contacts intra et extra-hospitaliers. Enfin, la prise en compte du mécanisme d'intériorisation nous a amené à définir des indicateurs afin d'évaluer la capacité de l'équipe à développer des compétences spécifiques, relatives à la transversalité : nombre de réunions pluridisciplinaires.

Le tableau de bord de la performance des EMG a été, ainsi, complété (*cf.* tableau 3).

| Axes de la performance | Objectifs opérationnels | Variables clés | Indicateurs |
|-------------------------------|---|---|---|
| Economique | Optimiser la consommation de ressources par les différentes activités. | Temps | <ul style="list-style-type: none"> - Temps par activité. - Temps par professionnel. - Temps par service appelant. - Temps par type de patient. |
| Processus internes | Optimiser la qualité des activités, les délais de réponse aux appelants, le suivi. | Activité + CO | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'appels par services et partenaires externes. - Nombre d'heures de formation réalisées. - Nombre d'interventions par nature ; - Délai de réponse par service et partenaire externe. - Taux de suivi des préconisations. - Existence de documents d'évaluation formalisés. - Existence de supports de formation formalisés. - Nombre d'informations formalisées sur la filière gériatrique. |
| Partenaires | Optimiser la satisfaction des services et partenaires externes, optimiser le bénéfice patient/aidant. | Organisation et fonctionnement de l'équipe + CR | <ul style="list-style-type: none"> - % d'interventions dans les délais négociés. - Délai Moyen de Séjour des patients vus par l'EMG dans les services. - % de dossiers suivis à 1 mois. - Nombre de supports de communication distribués. - Nombre d'actions de sensibilisation menées. - Nombre d'échanges avec les professionnels appelants. - Appartenance des personnels de l'EMG à des réseaux associatifs. |
| Apprentissage organisationnel | Optimiser le capital immatériel | Compétences et connaissances de l'équipe + CH + Formalisation + Socialisation + Intériorisation | <ul style="list-style-type: none"> - Nombre d'heures de formation reçues par professionnel. - Ancienneté moyenne en gériatrie par type de professionnel. - Taux de courriers de synthèse envoyés dans les délais. - Ancienneté moyenne des professionnels. - Nombre de participations à des EPP. - Nombre de rapports d'étude élaborés. - Nombre de contacts intra, extra-hospitaliers. - Nombre d'actions de sensibilisation menées. - Nombre d'échanges avec les professionnels appelants. - Nombre de réunions pluridisciplinaires. - Développement de compétences transversales. |

Tableau 3 : mesure de la performance des EMG par un TB intégrant les dimensions du CI

La faisabilité et la pertinence de ce nouveau TB ont été évaluées auprès de deux EMG tests dans le courant de l'été 2010. La pertinence n'a pas été remise en cause car les équipes sont conscientes de la nécessité de valoriser leurs activités de communication, de diffusion de bonnes pratiques, ... pour légitimer leur existence et faire connaître leurs actions dans et hors l'hôpital. *"L'hôpital est un ensemble de co-propriétaires. Il faut s'attacher à donner de la visibilité à nos équipes. Valoriser leurs actions dans les établissements. Il faut que la direction soit convaincue"*.

En revanche, la faisabilité leur a semblé difficile pour un certain nombre d'indicateurs. On peut citer à titre d'exemples le nombre d'informations formalisées sur la filière gériatrique, le nombre d'actions de sensibilisation menées, le nombre d'échange avec les professionnels appelants. Ces difficultés sont liées à l'inadaptation des systèmes d'information qui ne sont pas conçus pour recueillir des données sur des activités autres que de soin et au temps nécessaire à la collecte et au traitement de l'information jugé trop important par rapport aux ressources temps de l'équipe. Par ailleurs, certaines notions sont apparues complexes et insuffisamment formalisées pour permettre d'établir l'indicateur : « *qu'entend-on par action de sensibilisation ?* », « *quel type de réunions doit être pris en compte ? Celles programmées ? ...* ». Malgré cela, les équipes conscientes de l'enjeu ont proposé d'effectuer certaines collectes d'informations non pas en routine mais sous forme de sondages sur des périodes de temps limitées (une semaine, un mois). L'outil modifié lors de cette première étape de validation est actuellement en cours de validation opérationnelle.

L'évaluation de la performance des équipes mobiles de gériatrie à partir d'un tableau de bord de type BSC, qui constituait le « mythe rationnel » de notre recherche-intervention auprès des EMG de la région Midi-Pyrénées, s'est révélée insuffisante lors de la phase de validation auprès de ces équipes. En effet, le processus essentiel de diffusion de la culture gériatrique, qui repose sur du CI, est mal pris en compte dans ce type de TB. Les efforts entrepris par les équipes pour améliorer les trois mécanismes de développement de leur CI (socialisation, intériorisation et formalisation) sont, de plus, peu aisés à évaluer car leur résultat dépend d'avantage des qualités de leurs membres (empathie, capacité à travailler en groupe, ...) que de leurs actions.

Nous avons proposé un TB enrichissant l'axe apprentissage organisationnel du BSC, grâce à la prise en compte de la valeur intrinsèque du CI, et intégrant l'apport des dimensions CR et CO aux axes appelants et processus internes. Notre démarche rejoint, ainsi, celle développée par Edvinsson et Sveiby dans le navigateur Skandia. Le TB, actuellement en phase de test, soulève certains problèmes de faisabilité liés à la difficulté de mesurer les indicateurs de CI et à établir le lien entre la mesure obtenue et la performance globale, mesurée dans notre TB par le taux de suivi des préconisations. Si les leviers d'action et les moyens à mobiliser pour valoriser le CI restent difficiles à mesurer au travers d'indicateurs, ils n'en demeurent pas moins indispensables pour évaluer la performance d'organisations hospitalières atypiques. Ces dispositifs transversaux occupant aujourd'hui une place de plus en plus importante dans les établissements hospitaliers, la question de leur légitimation est essentielle pour accompagner leur développement et leur pérennisation.

Bibliographie

- Aymard-Martinot N., Huber Swinarski Z., Morard B. (2002). Balanced Scorecard : Evaluation de la performance dans un établissement medico-social. Rapport de Recherche UG HEC-CR-02-21. Université de Genève.
- Bessieux-Ollier, C., Lacroix, M., Walliser, E. (2006). Le capital humain : approche comptable versus approche managériale. *Revue Internationale sur le travail et la société* 4 (2): 25-57.
- Bessieux-Ollier M., Walliser E. (2010). Le capital immatériel. Etat des lieux et perspectives. *Revue Française de Gestion* 36 (207): 85-92.
- Cappelletti L. (2010). La recherche-intervention : quels usages en contrôle de gestion. 31ème Congrès de l'Association Francophone, Nice mai 2010.
- David, A. (1998). Outils de gestion et dynamique du changement. *Revue Française de Gestion* 120: 44-59.
- Edvinsson, L., Sullivan, P. (1996). Developing a Model for Managing Intellectual Capital. *European Management Journal* 14 (4): 396 – 364.
- Edvinsson, L., Malone M.S. (1997). *Intellectual Capital, Realizing your company's true value by finding its hidden brainpower*. Harperbusiness. New-York.
- Faujour V., Marian L. (2003). Utilisation des outils de pilotage : le balanced scorecard. Les démarches des CHU de Lyon et Lille. *Journal d'Economie Médicale* 21 (1-2): 53-71.
- Gates, S., Langevin, P. (2010). Usage des indicateurs de capital humain et pilotage de la performance. *Revue Française de Gestion* 36 (207): 125-138.
- Grimand O., Alcouffe S., Buisson M.L., Brunel O. (2006). *L'appropriation des outils de gestion - Vers de nouvelles perspectives théoriques ?*. PU Saint-Etienne.
- Inamdar N., Kaplan R.S., Bower M. (2002). Applying the Balanced Scorecard in Healthcare organizations. *Journal of Health Care Management* 47: 179-194.
- Kaplan R. S., Norton D. P. (2007). Le tableau de bord prospectif, Eyrolles: 311, (5ème édition, traduit de l'américain « The Balanced Scorecard », Harvard Business School, 1996).
- Lacroix, M., Zambon, S. (2002). Capital intellectuel et création de valeur : une lecture conceptuelle des pratiques française et italienne. *Comptabilité – Contrôle – Audit* : 61 – 84.
- Moisson, J.C., Tonneau, D. (1999, 2000). *La démarche gestionnaire à l'hôpital*. Seli Arslan, Tome 1, Tome 2.
- Moisson J.C. (1997), *Du mode d'existence des outils de gestion, Les instruments de gestion à l'épreuve de l'organisation*, Séli Arslan.
- Montalan M.A, Vincent B. (2010). Proposition d'un modèle d'évaluation du capital immatériel pour les organisations transversales à l'hôpital : le cas des Equipes Mobiles de Gériatrie, 31ème Congrès de l'Association Francophone, Nice mai 2010.
- Montalan M.A, Vincent B. (2011)., Elaboration d'un Balanced Scorecard en milieu hospitalier. Une recherche-intervention auprès des équipes mobiles de gériatrie, *Revue Française de Gestion*, 37 (211), à paraître.
- Mouritsen, J., Larsen, T., Bukh, P.N. (2005). Dealing with the Knowledge Economy: Intellectual Capital vs. Balanced Scorecard. *Journal of Intellectual Capital* 6 (1): 8-27.
- Nobre T., (2001). Management hospitalier: du contrôle externe au pilotage, apport et adaptabilité du Tableau de Bord Prospectif. *Comptabilité, Contrôle, Audit*, 7 (2): 125 -146.
- Nonaka I, Takeuchi H. (1997). *La connaissance créatrice : la dynamique de l'entreprise apprenante*, De Boeck Université.
- Pierrat, C. (2009). Immatériel et comptabilité. *Encyclopédie de comptabilité, contrôle de gestion et*

- audit*. Economica, Paris, 913-920.
- Plane J.M. (2000). *Méthodes de recherche-intervention en management*. L'Harmattan.
- Poincelot, E., Wegmann, G. (2005). Utilisation des critères non financiers pour évaluer ou piloter la performance : analyse théorique. *Comptabilité Contrôle Audit*. 11 (2): 109 – 125.
- Rousseau, A.C., Bastianelli, J.P. (2005). Les équipes mobiles gériatriques au sein de la filière de soins, IGAS 2000. rapport n°053, 83 pages.
- Stewart, T.A. (1997). *Intellectual Capital, the New Wealth of Organisation*. Nicholas Brealy Publishing.
- Sveiby, K. E. (1997). *The New Organizational Wealth – Managing and Measuring Knowledge-Based Assets*. Benett-Koehler, San-Francisco.
- Wegmann, G. (2000). Comparaison de deux modèles complémentaires de tableaux de bord stratégiques : un modèle nord américain et un modèle suédois. IX Conférence de l'Association Internationale de Management Stratégique. Montpellier.

Annexe : Le dispositif de recherche-intervention

